

鷹栖町禁煙外来治療費助成金事前申請書

令和 年 月 日

鷹栖町長 様

申請者 住 所 鷹栖町 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )  
 電話番号 \_\_\_\_\_

鷹栖町禁煙外来治療費助成事業による助成金を交付申請したいため、鷹栖町禁煙外来治療費助成交付規則第5条の規定により、下記のとおり事前申請します。

記

- 1 受診予定医療機関名 \_\_\_\_\_
- 2 確認事項  
 ア. 下記の設問事項にすべて該当の方が助成対象となります。

設問事項	チェック
(1)これから開始する禁煙外来治療は、公的医療保険の適用要件を満たしていますか。	
(2)禁煙外来治療について他の補助制度の対象になっていないですか。(他の補助制度が優先となります。)	
(3)①禁煙外来治療により悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤・睡眠薬・精神安定剤など）の服用歴や疾病（うつ病など）はありませんか。該当する方は②へ↓	
②主治医に禁煙外来治療による許可は得ていますか。	
(4)事前申請書を提出後、速やかに禁煙外来を受診し治療を開始できますか。 ※事前申請から6か月以内、禁煙外来治療終了日の属する年度末3月31日までに助成金の交付申請手続きを行ってください。 <u>期間を過ぎると助成金の申請ができません。</u>	
(5)禁煙外来治療を途中で取り止めた場合は、助成金の申請ができないことに同意いただけますか。	
(6)禁煙外来治療中及び治療後に、町保健師等が状況確認などの問い合わせをすることに同意いただけますか。	

イ. 次の設問事項に該当する方は、禁煙外来治療費の全額が助成となります。(ただし2万円を超える場合は、2万円を限度とします)

設問事項	チェック
(1)助成金の交付申請までに当該年度の特定健診を受診し、健診結果を提出いただけますか。	

